CONCOURS D'AGRÉGATION — CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

11 Mars 1904

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX

DU

Dr A. FRUHINSHOLZ

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Candidat pour la Faculté de médecine de Nancy

(ACCOUCHEMENTS)

NANCY

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT & Cie

18, RUE DES GLACIS, 18

1904

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1

GRADES UNIVERSITAIRES

ET TITRES OBTENUS AU CONCOURS

Docteur en médecine, 24 mai 1902.

Externe des hôpitaux de Nancy, octobre 1896.
Interne des hôpitaux de Nancy (n° 1), octobre 1898.
Aide de clinique du 6 novembre 1899.
Chef de clinique obstétricale, 11 novembre 1901.

Lauréat de la Faculté de médecine de Nancy :
Prix de 1re année (Médaille d'argent), 1893-1894.
Prix de l'Internat, dit « Prix Bénit », 1899-1900.
Mention honorable (concours de thèses), 1902.

Membre de la Société de médecine de Nancy, juillet 1902.

OBSTÉTRIQUE

Grossesse normale et pathologique.

Dystocie.

Suites de couches et allaitement.

Annexes fœtales.

GROSSESSE

NORMALE ET PATHOLOGIQUE

I. — A propos du signe de Jentzer dans les cas de grossesse gémellaire.

(Communication à la *Société de médecine de Nancy*. Séance du 26 janvier 1904.)

Jentzer a publié en 1903 dans le *Zentralblatt für Gynäkologie* une notice dans laquelle il décrivait un nouveau signe de grossesse gémellaire consistant en ce qu'au palper on pouvait, dans certains cas, provoquer l'entrechoquement des deux têtes, donnant une sensation comparable à celle qu'on éprouve en amenant brusquement au contact deux billes de billard sous l'eau. Nous avons noté effectivement l'existence de ce signe au cours de deux grossesses gémellaires.

Nous n'attribuons pas à ce signe une grande valeur en ce qui concerne le diagnostic de la gémellité même : en effet, lorsqu'il est réalisable, on a pu par le palper mettre

préalablement en évidence l'existence de deux pôles fœtaux contigus; mais ce signe pourra être très utile en permettant d'affirmer que ces deux pôles sont des pôles céphaliques; le palper simple hésite souvent entre une tête et un siège : or, deux têtes s'entrechoquent; une tête et un siège au contraire, ou deux sièges contigus ne s'entrechoquent pas.

II. — **Insuffisance des organes thyro-parathyroïdiens et Éclampsie.** (En collaboration avec le docteur P. Jeandelize.)

(Communication verbale au *Congrès international de Gynécologie et d'obstétrique*. Rome, 20 septembre 1902. — In *Presse médicale*. 25 octobre 1902.)

On ne discute plus aujourd'hui sur la réalité des phénomènes d'intoxication dont l'éclampsie doit être considérée comme une manifestation. Mais l'origine de cette intoxication semble variable et c'est d'elle que disputent actuellement les auteurs. Pour les uns, ce serait une toxi-infection d'origine exogène, microbienne; pour les autres ce serait une auto-intoxication dont les facteurs seraient, ou bien une exagération dans l'élaboration des produits de déchet, ou bien une insuffisance des organes éliminateurs, le rein en particulier, ou bien une impotence fonctionnelle des organes transformateurs antitoxiques, le foie spécialement.

Mais le foie n'est pas le seul organe à avoir cette destination, de préserver l'organisme contre les toxines envahissantes, soit en les neutralisant, soit en les transformant : les capsules surrénales, l'hypophyse peut-être, le corps thyroïde certainement ont des fonctions analogues. Or, c'est le rôle possible, probable dans quelques cas particuliers, de l'infériorité fonctionnelle du corps thyroïde (glandes thyroïdes proprement dites et glandules parathyroïdiennes) que nous avons voulu envisager dans cette étude.

Pour bien faire comprendre le rôle et l'importance des organes thyroïdiens, au cours de l'état puerpéral, nous avons étudié successivement :

a) Leur destinée au cours de la grossesse normale, physiologique.

b) Les données expérimentales fournies par des femelles pleines, totalement ou partiellement thyroïdectomisées.

c) Une donnée clinique précise, fournie par une observation originale d'éclampsie sans albuminurie, survenue chez une femme enceinte myxœdémateuse, donc en état d'infériorité thyroïdienne manifeste.

a) Il résulte des observations de Lange que le corps thyroïde normal s'hypertrophie au cours de la grossesse, en général à partir du 5ᵉ ou du 6ᵉ mois; lorsque les femmes sont soumises à une médication thyroïdienne, cette hypertrophie manque. Si, au contraire, cette hypertrophie physiologique omet de se constituer, on note

avec une fréquence toute partculière l'albuminurie et même l'éclampsie.

b) Des thyroïdectomies totales ou partielles pratiquées chez des lapines, des chattes ou des chiennes (Verstraeten et Vanderlinden, Lange, Vassale, Jeandelize et Richon) ont déterminé souvent l'apparition de phénomènes comateux ou convulsifs à l'occasion du part ou de l'allaitement.

c) Notre Maître, le Professeur A. Hergott, a rapporté à la Société obstétricale de France (1902) l'observation d'une jeune femme, âgée de 18 ans, atteinte de myxœdème congénital, devenue enceinte et qui, au cours d'un accouchement prématuré spontané, à huit mois, fut prise, sans qu'il y ait eu albuminurie préalable, de phénomènes éclamptiques. Ces phénomènes éclamptiques déterminèrent secondairement l'apparition dans les urines de traces non dosables d'albumine. Ils se prolongèrent encore quatorze heures durant le *post partum* et se terminèrent heureusement par la guérison.

Il nous semble qu'appuyée sur ces différentes constatations d'ordre clinique et expérimental, l'hypothèse de l'origine thyroïdienne de *certaines* éclampsies est très vraisemblable; allant plus loin encore dans la différenciation étiologique, nous croyons légitime, en raison du rôle physiologique bien établi des glandules *parathyroïdes* (Gley a nettement distingué en effet l'insuffisance *thyroïdienne*, se manifestant surtout par des troubles *chroniques* de la nutrition, de l'insuffisance *parathyroïdienne*, à effets *immé-*

diats et plutôt convulsivants) d'attribuer à l'inactivité fonctionnelle de ces dernières la détermination de ces accès éclamptiques particuliers. Nous partageons avec réserve les idées thérapeutiques de Nicholson et nous estimons qu'il sera légitime, dans des cas d'éclampsie *où l'origine thyroïdienne pourra être raisonnablement soupçonnée,* d'essayer la médication opothérapique, qui semble avoir donné, entre les mains de cet auteur, malgré son manque d'éclectisme, des résultats encourageants.

DYSTOCIE

I. — Considérations cliniques sur l'accouchement dans les bassins rétrécis. — Des avantages de l'expectation. — Ses limites.

(In *Revue médicale de l'Est*. Décembre 1903 et janvier 1904.)

Nous nous sommes proposé, tirant parti de 200 observations d'accouchements à travers des bassins rétrécis rachitiques, d'étudier sur ces documents :

1° Les limites dans lesquelles se fait généralement l'accouchement spontané dans ces cas ;

2° La durée habituelle de la traversée spontanée, par la tête, du détroit supérieur ;

3° Et consécutivement le délai d'expectation, qui pourra à lui seul servir d'indication et de justification à une intervention opératoire, alors que, ni la mère, ni l'enfant ne manifestent aucune souffrance.

Étudiant d'abord les cas dans lesquels l'accouchement a évolué spontanément à travers des bassins rétrécis, nous les sérions en deux catégories : accouchements spontanés à travers des bassins mesurant de 9 1/2 à 9 cm de pro-

monto-pubien minimum; accouchements spontanés à travers des bassins mesurant de 9 à 8^{cm} 1/2. Or, vingt et un accouchements spontanés se sont produits à travers des bassins de 9 1/2 à 9 et, fait particulièrement intéressant, onze fois il s'est agi de fœtus à terme pesant plus de 3 000 grammes et dont trois présentaient les poids plutôt inattendus de 3 540, 3 800 et 4 000 grammes. Nous faisons observer, à ce propos et d'après nos documents, l'absence fréquente de parallélisme entre les poids fœtaux et les dimensions bipariétales; nous insistons également sur la manière dont on doit interpréter les résultats du palper mensurateur et nous montrons que plusieurs fois l'accouchement s'est terminé spontanément, malgré la voussure céphalique antépubienne qui s'était révélée à un moment donné au dit palper. Recherchant ensuite quelle avait été la durée de l'accouchement spontané, nous observons qu'elle a été en moyenne de 18^{h} 25 pour des fœtus pesant plus de 3 000 grammes; bien que la durée moyenne d'expulsion ait été ce qu'elle doit être approximativement chez les primipares et chez les multipares, c'est-à-dire de 1^{h}43 pour les premières et de 1^{h} 16 pour les secondes, nous trouvons qu'au total le travail s'est montré plus long (18^{h} 55) pour les multipares que pour les primipares (17^{h} 33) et nous expliquons ce fait parce qu'en général, avec les variations de poids qu'ils ont pu accuser au-dessus de 3 000 grammes, les fœtus de multipares se sont trouvés être plus gros (3 155 gr. en moyenne) que les fœtus de primipares (3 015 gr.). Dans

aucun de ces cas, l'expectation ne se montra préjudiciable ni aux mères ni aux enfants.

En ce qui concerne l'accouchement spontané à travers des bassins mesurant de 9 à 8 cm 1/2, nous attirons tout particulièrement l'attention sur 5 cas où les fœtus pesaient plus de 3 000 grammes. Dans ces bassins, la durée moyenne de l'accouchement s'élève très notablement par rapport aux précédents (48 heures environ pour des fœtus pesant entre 2 040 et 3 590 grammes) ; ici l'expectation a pu se montrer préjudiciable à l'enfant dans un cas au moins. En effet, sur onze enfants, trois ont succombé, l'un à la suite d'une procidence du cordon, l'autre en raison vraisemblablement de sa prématurité excessive (1 740 gr.), le troisième manifestement par suite de la longueur extrême du travail (fœtus de 3 200; bassin de 8,7; travail de 72 heures). Nous avons, sur nos observations, cherché à établir la longueur du temps écoulé en moyenne entre le moment où la tête entrait franchement en rapport avec le détroit supérieur et celui où elle avait pénétré complètement de ses deux bosses pariétales dans l'excavation. Nous avons ainsi établi, que, pour des bassins de 9 1/2 à 9 cm., la durée de l'attaque du détroit supérieur était en moyenne de 9 h 20 pour des fœtus dont le poids dépassait 3 000 grammes; pour des bassins de 9 à 8 cm 1/2, sur 13 cas observés de fœtus de poids variables (entre 2 500 et 3 500), nous avons noté une durée moyenne de 20 heures. Enfin, dans 3 cas que nous rapportons, la traversée anormalement longue du plan de

l'obstacle a demandé respectivement 36, 38 et 49 heures : dans deux de ces cas néanmoins l'enfant vint au monde vivant, et vécut.

Cherchant à tirer parti des constatations précédentes, nous nous sommes demandé quelles indications utiles on en pouvait retirer au point de vue de l'expectation. Quelles devront être les limites du « *savoir attendre* » ? A partir de quel moment, dans ces accouchements laborieux, mais susceptibles de terminaison spontanément heureuse, sera-t-on autorisé à intervenir artificiellement, sollicité par le seul retardement du travail, sans indication d'urgence du côté de la mère ni du côté du fœtus ?

Nous ne résolvons pas d'une façon mathématique cette question et nous ne donnons pas une « formule » du délai d'expectation maximum à observer en cas de bassin rétréci. Nous rappelons encore une fois l'attention sur la longue durée habituelle de la traversée du détroit supérieur, durée oscillant autour de 9 heures pour les bassins de 9 1/2 à 9 cm., autour de 20 heures en moyenne pour les bassins de 9 à 8 cm 1/2 et nous concluons, en manière de réaction, contre la tendance qu'on a trop naturellement d'intervenir prématurément, au moins inutilement sinon dangereusement, dans les bassins rétrécis ; nous vantons les bons effets de la temporisation, à condition toutefois qu'il n'y ait pas de disproportion excessive entre la tête et le canal osseux, qu'il n'y ait pas non plus de contractions particulièrement énergiques, quoique impuissantes à faire progresser l'engagement.

II. — Sur une attitude de la femme, propre à faciliter la version par manœuvres externes.

(Communication à la *Société de médecine de Nancy*. Séance du 26 janvier 1904.)

Nous rapportons deux observations de présentation de l'épaule, où nous avons pu, pour réaliser la version par manœuvres externes, tirer un parti avantageux de l'*attitude inclinée, tête déclive, bassin fortement surélevé au-dessus du plan du lit;* cette attitude de Trendelenbourg atténuée nous a permis dans un cas de mener à bien la version externe, alors que la poche des eaux s'était rompue prématurément et que des tentatives de réduction préalables sous le chloroforme avaient été infructueuses.

III. — Observation d'achondroplasie familiale.

(In *Contribution à l'étude de l'achondroplasie. Opération césarienne chez une achondroplasique*, par M. le professeur A. Herrgott. En préparation.)

Cette observation très intéressante, en dehors de la dystocie qui y est relatée, est celle d'une famille où l'achondroplasie se retrouve à plusieurs générations successives : la jeune femme opérée par M. le professeur Herrgott était issue d'un père achondroplasique qui, marié avec une femme normale, en avait eu une série d'enfants dont

trois filles manifestement achondroplasiques. L'achondroplasie se trahit d'ailleurs dans les ascendants directs et collatéraux de ce sujet : il y a en particulier une série de femmes naines qui sont toutes mortes en couches. C'est l'histoire médicale de cette famille que nous avons surtout voulu dégager.

SUITES DE COUCHES

ET ALLAITEMENT

I. — De la Blennorrhagie dans ses rapports avec la Grossesse et la Puerpéralité.

(Nouveau-né excepté.)

(*Thèse de Doctorat.* Nancy, 1902. J.-B. Baillière. 180 pages.)

Jusqu'alors, en France, le rôle du gonocoque dans la grossesse et dans la puerpéralité avait été peu envisagé : on l'avait considéré comme insignifiant, en ce qui concerne la mère du moins, et il était à peine question, dans les ouvrages classiques, des complications qui peuvent surgir chez elle, à l'occasion de l'accouchement, lorsque ses voies génitales sont envahies par le microbe de Neisser.

Il y a longtemps cependant que les auteurs étrangers ont appelé l'attention sur cette question et ont insisté sur la source de dangers que crée chez une femme accouchée une blennorrhagie, ancienne ou récente. Giles, dès 1871, Nœggerath, en 1872, rapportent des exemples de ces

accidents puerpéraux particuliers et les caractérisent très bien cliniquement; ils sont confirmés par MACDONALD (1873) et bien plus tard, en 1886, par SAENGER, dans un rapport au Congrès de la Société allemande de gynécologie, à Munich.

La question, dès lors lancée, devient l'objet de nombreuses communications isolées en Allemagne (KRONER, FEHLING, V. STEINBÜCHEL, SCHUHMACHER, FRITSCH, FUCHS, MENGE, KRŒNIG, NEUMANN, LÉOPOLD...), en Amérique (Ross, A. M., Ross, W., BURR, CUMSTON...), en Angleterre (LEA...). M. VARNIER, le premier en France, s'en fait l'écho et consacre dans son livre sur l'*Obstétrique journalière* un chapitre spécial à la gonococcie puerpérale.

Mais les conclusions qu'apportaient les différents auteurs étaient contradictoires : aussi, en présence du pessimisme exagéré des uns opposé à l'optimisme des autres, avons-nous eu l'idée de compulser les documents apportés au procès, d'en retenir tous ceux qui offraient quelque valeur; nous les avons réunis dans notre thèse de doctorat et nous nous proposons ici de rapporter, en les développant, les conclusions qu'ils nous ont paru légitimer.

La blennorrhagie doit être envisagée séparément dans ses relations avec la grossesse, et la puerpéralité proprement dite.

BLENNORRHAGIE ET GROSSESSE

Fréquence.

Cette maladie est fréquente chez la femme enceinte, et la plupart des statistiques s'accordent pour évaluer cette fréquence à une proportion de 20 à 25 p. 100. Le point important est ici de savoir que, abstraction faite des contagions accidentelles au cours de la grossesse, celle-ci peut quelquefois venir compliquer une blennorrhagie préalablement existante; loin de nous l'idée de vouloir diminuer par là l'importance du pouvoir stérilisant de la blennorrhagie, mais nous tenons à insister sur les cas, peut-être moins rares qu'on ne le croit, où une grossesse survient malgré une blennorrhagie vulvo-cervicale ou même cervico-utérine. Il y a en effet de ces cas qui sont indubitables, et nous en citons des exemples dans notre thèse. Ils sont très importants à connaître; ce sont aussi les plus graves au point de vue puerpéral : on comprend facilement que la propagation ascendante d'une blennorrhagie se fera d'autant plus volontiers que celle-ci occupera le col dès ou même avant l'état de grossesse, devant profiter des conditions favorables qui lui seront offertes lorsque l'utérus sera débarrassé du produit de conception. Or, nous avons été plus d'une fois frappé en clinique par la coexis-

tence d'une grossesse et d'une métrite *cervicale* gonococcique, caractérisée au spéculum, vérifiée par le microscope, et manifestement ancienne, antérieure certainement à la conception.

Action réciproque.

La grossesse semble avoir une action défavorable, aggravante sur la blennorrhagie, au même titre que les états qui ont pour effet habituel une exagération des sécrétions génitales ; on ne peut en effet manquer d'être surpris, en parcourant des observations de femmes enceintes blennorrhagiques, du grand nombre de cas où les premiers signes cliniques d'une blennorrhagie se sont révélés en coïncidence avec le début de la conception ; or, nous croyons rationnel de penser que la simultanéité d'apparition de la blennorrhagie et de la fécondation n'est, le plus souvent, que le ravivement d'une infection gonococcienne latente, soulignée par l'état de grossesse, alors qu'on pourrait supposer que c'en est le début.

Quelle est, par contre, l'action de la blennorrhagie sur la grossesse ? Il ne paraît pas, d'après nos observations, que l'avortement ou l'accouchement prématuré soient notablement plus fréquents chez la femme blennorrhagique ; cependant, il y a des cas d'interruption intempestive de la grossesse où le gonocoque joue par lui-même le principal rôle, et nous apportons des observations rigoureuses (Maslowsky, Draghiescu) qui nous montrent des gonoco-

ques typiques, occupant la caduque ou le placenta, en coïncidence avec des lésions microscopiques et macroscopiques de ces éléments, exactement superposées à la répartition microbienne. Nous ne discutons pas la question de savoir si le gonocoque se trouvait dans la caduque avant la fécondation ou s'il s'y est insinué secondairement : nous croyons les deux explications également vraisemblables ; cependant nous appelons particulièrement l'attention sur une observation de Maslowsky, où le gonocoque s'est montré dans la caduque placentaire, bien que la contagion blennorrhagique ne semblât pas remonter en deçà du quatrième mois de la grossesse. Le rôle habituellement défensif et microbicide attribué au bouchon muqueux du col serait-il impuissant contre le gonocoque? Cela est possible, d'autant plus que la propriété originale que celui-ci possède de pénétrer l'épithélium sain, lui permet de se propager du vagin dans la cavité utérine vraie, en se soustrayant à l'action néfaste des sécrétions cervicales.

BLENNORRHAGIE ET PUERPÉRALITÉ

Les relations de la blennorrhagie avec la puerpéralité sont plus importantes à considérer : il s'agit de savoir si les femmes accouchées, antérieurement blennorrhagiques,

sont plus exposées que d'autres à des accidents, et si ces accidents revêtent une physionomie spéciale permettant de les caractériser. Cette question a été ou, mieux, paraît avoir été très étudiée, à en juger par le nombre assez considérable de publications auxquelles elle a donné lieu ; mais ces publications sont loin d'avoir toutes la même valeur. Pourquoi ? Il est à cela différentes causes.

Avant d'imputer à une blennorrhagie des accidents qui surviennent au cours de la puerpéralité, il faut que l'existence de cette blennorrhagie soit bien prouvée ; or, rien n'est plus difficile et rien n'est plus inégalement établi, suivant les auteurs : les uns apportent en témoignage une uréthrite aiguë ou chronique du mari, les autres l'apparition d'ophtalmie chez l'enfant, avec ou sans confirmation bactériologique ; d'autres nous signalent l'existence des signes cliniques de la blennorrhagie féminine ; mais ces signes sont souvent discutables ; une petite série enfin nous fournit une attestation microscopique.

La blennorrhagie étant ainsi plus ou moins bien caractérisée, il s'agit d'y relier les accidents existants, s'il s'en produit : nouvelles difficultés, tenant à ce que, si les accidents surviennent chez une femme blennorrhagique en état de puerpéralité, ils ne sont pas, de ce fait, de nature, ni même d'origine, directement ou indirectement, gonococcique : il peut y avoir eu des anomalies dans le mécanisme de l'accouchement ou de la délivrance (rupture prématurée de la poche des eaux, longueur excessive du travail, rétentions de membranes, etc.), des fautes d'anti-

sepsie chez la parturiente ou chez ses assistants, toutes causes susceptibles par elles-mêmes de provoquer une évolution anormale de la puerpéralité. L'examen microscopique est donc indispensable pour bien établir la réalité des accidents puerpéraux gonococciques et encore n'est-il bien probant que si on apporte une minutie particulière sans laquelle il n'est qu'un trompe-l'œil et un faux garant. Nous exigeons, avant de conclure à une anomalie, que les prélèvements lochiaux soient faits dans la cavité utérine elle-même, normalement exempte de germes après l'accouchement.

Ces conditions posées, voyons à quels résultats notre enquête à travers les documents publiés nous a amené.

Accidents gonococciques et accidents parablennorrhagiques.

Deux faits, deux données bactériologiques dominent essentiellement la pathologie puerpérale des femmes blennorrhagiques :

1° Il est incontestable (Bumm, Kroner, Krönig, Steinbüchel) que le milieu lochial est essentiellement favorable au développement du gonocoque : celui-ci se multiplie toujours d'une façon anormale dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ; souvent même, le gonocoque, qui échappait à l'examen microscopique, tant il était rare ou dissimulé, dans les derniers jours de la grossesse, est *révélé* par l'état de puerpéralité ; il réapparaît dans les

lochies en raison de sa prolifération extraordinaire, et cela, sans qu'une contamination nouvelle puisse être incriminée;

2° Le gonocoque, microbe original, vit mal en association avec d'autres éléments : les infections mixtes où entre le gonocoque sont rares et particulièrement transitoires, aboutissant presque toujours, d'abord à la prédominance d'une espèce sur l'autre, puis à sa substitution à cette dernière. Par contre, les infections secondaires sont fréquentes, et le gonocoque ouvre souvent la voie à des microbes pyogènes vulgaires, streptocoques ou staphylocoques (Immerwahr, Janet), qui viennent le remplacer.

Nous pouvons dès lors pressentir les deux grandes catégories d'accidents susceptibles de se développer chez des femmes accouchées, du fait d'une blennorrhagie antérieure : elles seront exposées, d'une part, à des accidents *de nature gonococcique,* tirant leur origine de cette prolifération microbienne toute spéciale dont l'accouchement est l'occasion, et des conditions anatomiques favorables qu'elle rencontre; d'autre part, à des accidents pour lesquels nous proposons la désignation d'*accidents para-blennorrhagiques* et qui dérivent de ces infections secondaires que le gonocoque installe à sa suite.

Nous nous occupons d'abord de ces derniers, en évitant d'insister sur eux plus qu'ils ne le méritent : ce ne sont en effet jamais que des accidents rationnels, vraisemblables à un plus ou moins haut degré; leur subordination à l'égard d'une blennorrhagie existante est toujours difficile

à établir, ne pouvant se fonder que sur des présomptions cliniques, pour ainsi dire pas une seule fois sur des preuves irréfutables. Tant que chez des femmes accouchées blennorrhagiques se produisent des manifestations pathologiques, générales ou locales, causées par un élément pathogène banal, streptocoque, staphylocoque ou coli, nous ne sommes autorisés à établir un lien entre la blennorrhagie et ces sortes d'accidents, que dans les cas exceptionnels où, toutes les phases de l'accouchement ayant été normales, où, l'antisepsie et l'asepsie ayant été bien observées, où, les conditions de milieu et d'assistance étant favorables, la blennorrhagie, par conséquent, demeure la seule étiologie rationnelle possible : ces cas se rencontrent, et nous en citons quelques exemples dans notre travail inaugural.

Les accidents gonococciques vrais de la puerpéralité sont par contre indubitables : ils sont bien établis, ils ont une sanction bactériologique complète, et ils sont intéressants à connaître, en raison de l'importance du diagnostic étiologique qui s'y rattache et de la confusion que leur localisation spéciale dans le temps peut entraîner avec les accidents puerpéraux ordinaires.

Endométrite gonococcique puerpérale.

L'*endométrite gonococcique puerpérale* les domine tous : elle en est en quelque sorte le pivot et d'elle dérivent presque tous les autres. On sait que, normalement, la cavité utérine reste exempte de germes dans les jours qui

suivent l'accouchement ; or, des prélèvements lochiaux profonds, intra-utérins, pratiqués avec toutes les précautions exigées en pareil cas, en évitant surtout une contamination accidentelle au niveau de la cavité cervicale, ont montré que le gonocoque, indépendamment des cas où il persistait dans la caduque malade, était capable de se propager après l'accouchement, du col vers la cavité du corps utérin (Krœnig, Frantz, Stahler et Winckler, Maslowsky, Vogel, Franqué). On pourrait de prime abord penser que cette propagation est accidentelle et n'offre rien de pathologique : cependant ces faits ont été constatés trop souvent et avec de telles garanties bactériologiques, par Krœnig en particulier, pour que le doute soit permis ; d'autre part, Neumann a pu observer plusieurs fois la présence du gonocoque dans l'épaisseur même de la muqueuse déciduale ; enfin, dans presque tous les cas les lochies se trouvaient modifiées et prenaient un caractère anormal, très abondantes et franchement purulentes. Quelquefois, mais pas toujours, coexistaient des élévations thermiques, généralement légères et de peu de durée : il semble bien que certains cas de fièvre éphémère des accouchées s'expliquent par une invasion gonococcique de la muqueuse du corps utérin.

Abcès utérins et lésions annexielles gonococciques.

Quelquefois la paroi elle-même du corps de l'utérus est infiltrée par le gonocoque, et il semble que l'étiologie

combinée, puerpérale et gonococcique, soit à incriminer dans une proportion assez forte des cas d'*abcès utérins*.

Mais souvent à l'occasion de la puerpéralité une blennorrhagie devient ascendante et aboutit à des lésions variées de *salpingite, d'oophoro-salpingite, de périmétrite*, etc. Si ces accidents gonococciques puerpéraux sont généralement méconnus, il nous semble que cela tient à leur date d'apparition le plus souvent tardive, éloignée de trois à sept semaines de l'accouchement : ils éclatent lorsque les malades ont quitté les maternités, ils les amènent alors dans des services de chirurgie où, cliniquement et anamnestiquement, ils sont catalogués comme manifestations puerpérales sans autre épithète, streptococciques par conséquent, à moins qu'un examen bactériologique, au cours ou à la suite d'une laparotomie, ne vienne déceler leur nature gonococcique.

Nous donnons, dans notre thèse, quelques observations probantes de lésions inflammatoires annexielles développées consécutivement à des accouchements ou à des avortements, qui y sont d'ailleurs nettement reliées par une série de manifestations cliniques, et où, après ablation, le microscope ne décela que le gonocoque.

Manifestations gonococciques à distance.

Le gonocoque enfin est capable, au cours de la puerpéralité, de donner lieu à des manifestations à distance : c'est ainsi que le rhumatisme blennorrhagique, si rare

habituellement chez la femme, le semble moins chez la femme accouchée, et nous pensons avec Patenostre, Vinay, Begouin, Bar, que nombre de cas décorés du titre de rhumatisme puerpéral doivent être rapportés à la blennorrhagie.

D'autre part, la notion de l'étiologie diverse de la septicémie puerpérale n'est plus à discuter, et on sait que non seulement le streptocoque, mais aussi le staphylocoque, le coli-bacille, le pneumocoque, etc., peuvent en être l'agent. Or, une observation récente de MM. Harris et Dabney, de Baltimore, nous montre une femme qui succombe, au vingt-sixième jour de ses couches, à une infection ayant toutes les apparences de la septicémie puerpérale ordinaire avec endocardite, et à l'autopsie de laquelle on trouve, dans les végétations valvulaires, à côté de streptocoques, des gonocoques dûment caractérisés par leurs réactions de coloration et de culture; dans les lochies on avait trouvé un diplocoque qui présentait un caractère assez particulier au gonocoque, celui de ne pas se développer sur les milieux ordinaires.

Localisations rares.

Tels sont les méfaits les plus communs dont le gonocoque est capable au cours de la puerpéralité, mais ce ne sont pas les seuls. On a vu le gonocoque contrarier l'évolution d'une opération césarienne et provoquer la suppuration des points de suture; on a vu des mastites

même, déterminées par lui. La virulence nouvelle qu'il prend dans l'écoulement lochial explique le retour, ou l'exacerbation, ou même l'apparition d'uréthrites, de cystites, de bartholinites, de rectites à l'occasion de la puerpéralité. Signalons enfin le rôle étiologique que la blennorrhagie semble jouer dans certaines phlébites puerpérales, rôle cliniquement vraisemblable, quoique la preuve bactériologique n'en ait pas encore été faite.

Nous croyons donc, et c'est là le résultat de notre enquête, que la prise en considération du gonocoque, en pathologie puerpérale, s'impose. S'il n'est pas susceptible en général, par lui-même, de mettre en danger la vie des femmes, il les expose néanmoins à toute une série d'accidents, les uns bénins, les autres fonctionnellement graves, tantôt précoces, tantôt, et le plus souvent, tardifs.

Fréquence des accidents.

La proportion suivant laquelle les accouchées ont à pâtir d'une blennorrhagie antérieure est encore mal établie : Lea estime à 36 p. 100 la proportion des femmes blennorrhagiques présentant des suites de couches immédiates pathologiques ; V. Steinbüchel trouve qu'au début cette proportion se réduit à 10 p. 100 seulement, mais qu'elle s'élève considérablement si on suit les accouchées pendant un certain temps : deux à trois mois après l'accouchement, six femmes sur huit se montreraient porteuses de lésions annexielles graves.

II. — **Du rôle du gonocoque au cours de la grossesse et de la puerpéralité.**

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.* Octobre-novembre 1902.)

Nous résumons dans cet article l'état actuel de la question du rôle puerpéral du gonocoque, tel que nous l'avons établi sur les documents rassemblés dans notre thèse inaugurale.

III. — **Deux observations d'auto-infection post partum ou plus exactement de pseudo-infection puerpérale.**

(Communication à la *Société de médecine de Nancy.* Séance du 28 octobre 1903.)

La première observation concerne une grande multipare (12ᵉ grossesse) sans antécédent pathologique digne d'être noté, ayant souffert à la fin de sa grossesse de douleurs abdominales et de diarrhée. Elle accouche prématurément en ville trois jours après avoir perdu les eaux. Elle entre à l'hôpital trente-six heures après son accouchement, ayant eu des hémorrhagies utérines, ayant de la fièvre, des lochies putrides, avec légère réaction péritonéale : on pense simplement à une infection utérine. On nettoie l'utérus qui renferme des membranes putrides ; mais la fièvre persiste, les phénomènes péritonéaux

s'accentuent; en présence de ce tableau clinique qui se complète par la localisation des manifestations douloureuses et d'une aire de matité dans le flanc droit, on porte secondairement le diagnostic de péritonite par rupture d'une collection purulente, appendiculaire ou salpingienne. La femme succombe. On trouve à l'autopsie la trompe droite qui s'était rompue et vidée de son pus dans le péritoine.

La deuxième observation se rapporte à une prostituée de vingt et un ans, primipare, ayant manifesté au cours de sa grossesse des signes certains de *blennorrhagie* (cystite, écoulement verdâtre, bartholinite). Elle accouche un peu avant terme. Dès le lendemain elle présente de la fièvre, dès le surlendemain des phénomènes péritonéaux intenses. On craint une péritonite généralisée. Mais rapidement ces symptômes très inquiétants au début se localisent et disparaissent ayant constitué une annexite droite. Cette observation est intéressante par la précocité, l'acuité, la gravité des symptômes qui n'étaient en définitive que des manifestations de blennorrhagie ascendante.

IV. — **Du rôle de certains facteurs sociaux susceptibles de favoriser ou de contrarier l'allaitement maternel.** (En préparation.)

Nous avons pu, au cours de notre clinicat dans le service de M. le professeur A. Herrgott, étudier l'aptitude

sociale à l'allaitement maternel d'un certain nombre de femmes qui étaient venues s'y faire assister.

Nous avons interrogé d'une part 30 femmes *mariées*, vivant avec leur mari : or, ces 30 femmes avaient eu antérieurement 60 enfants dont 50 avaient été nourris exclusivement au sein plus ou moins longtemps. Parmi leurs 30 enfants derniers nés, 23 devaient être nourris exclusivement par leur mère; 5 devaient être soumis à l'allaitement mixte, dont 4 par insuffisance reconnue de lait, 2 devaient être élevés artificiellement, dont un nécessairement en raison d'une tuberculose maternelle.

Nous avons interrogé d'autre part 50 femmes accouchées *célibataires* ou devant être *socialement* considérées comme *telles* (veuves, séparées, divorcées, délaissées.....).

Or, sur ces 50 mères, 28 ont dû placer leur enfant en garde au biberon, dans la nécessité où elles étaient pour la plupart de gagner leur vie. 10 seulement ont pu recourir à l'allaitement au sein : encore sur ces 10, y en a-t-il 5 qui ont été mises dans la possibilité de nourrir parce qu'elles avaient été recueillies par leurs parents. Enfin 4 femmes ont recouru à l'allaitement mercenaire au sein, mais au prix de sacrifices pécuniaires considérables; 2 femmes ont abandonné leur enfant.

Il est donc de première utilité, si on veut propager l'allaitement maternel, d'assurer matériellement la protection des jeunes mères dénuées d'appui.

ANNEXES FŒTALES

Le liquide amniotique contient-il de la lipase?

(In *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*. N° 6. Novembre 1903. En collaboration avec le docteur Ch. Garnier. 11 pages.)

Le sérum sanguin contient à l'état normal différents ferments, entre autres le ferment saponifiant ou « lipase » (Bourquelot); alors que, parmi les liquides normaux de l'organisme, le lait en décèle également une certaine proportion, l'urine, le liquide céphalo-rachidien n'en contiennent pas trace.

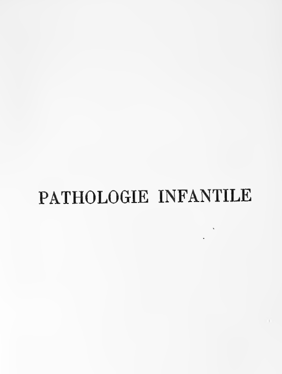
Nous avons recherché si le liquide amniotique renfermait de la lipase.

Il était intéressant d'étudier ce ferment soluble dans une sécrétion physiologique telle que la sérosité de l'amnios, à laquelle plusieurs auteurs ont voulu faire jouer un certain rôle pour la nutrition chez le fœtus, lequel, comme on sait, déglutit de notables quantités de liquide amniotique.

Indépendamment de ce fait, en cas de mort du fœtus à l'intérieur de l'œuf, on pouvait se demander si le processus de macération n'était pas en rapport avec la présence de diastases en solution dans le liquide amniotique et si la lipase, en particulier, n'y intervenait pas pour sa part (Bondi).

Il résulte de nos recherches que la présence de lipase n'est pas habituelle dans le contenu de l'amnios, qu'il s'agisse de femmes en bonne santé, ou de mères présentant des tares morbides. D'ailleurs, dans les quelques cas où la recherche a été positive, la quantité de ferment trouvée a toujours été très faible. La lipase ainsi décelée semblait d'origine maternelle.

Étant donnés les résultats ci-dessus, on peut conclure que la lipase amniotique, lorsqu'elle existe, ne joue aucun rôle dans les actes nutritifs du fœtus, non plus que dans le processus de macération, en cas de mort du produit de conception.



PATHOLOGIE INFANTILE

PATHOLOGIE INFANTILE

I. — Étude de 95 cas de Syphilis infantile.

(*Revue d'Hygiène et de Médecine infantiles*. T. II, nº 1. 1903. 63 pages, 10 planches hors texte dont 4 en couleur.)

C'est l'étude clinique, anatomo-pathologique et statistique de 95 cas de syphilis infantile qui ont été observés dans le service de notre Maître, M. le professeur agrégé P. Haushalter, et qui se décomposent en 84 cas de syphilis héréditaire et 12 cas de syphilis acquise.

Syphilis héréditaire. — Clinique.

Nous insistons sur la fréquence toute particulière de l'apparition des premières manifestations de la syphilis héréditaire dans le premier mois de la vie et nous donnons une description des diverses formes cliniques que nous avons pu observer au cours de la première année.

Nous insistons d'abord sur l'état général des jeunes hérédo-syphilitiques, qui est loin d'être toujours aussi dé-

fectueux qu'on a tendance à le croire : nous n'avons, en effet, observé la chétivité que dans la moitié des cas. Presque toujours, la syphilis a été primitivement dénoncée par l'apparition d'accidents cutanés avec ou sans coryza; dans quelques cas rares, elle s'est signalée initialement par une cachexie native, par une hydrocéphalie, par une exostose, sans autres accidents. La syphilis à début précoce est particulièrement grave et, alors que, sur 14 enfants à syphilis éclose du 3e au 12e mois, 4 seulement ont succombé, sur 27 enfants touchés dès les deux premiers mois, 10 seulement ont survécu. Les lésions cutanées sont, ou généralisées, ou discrètes et localisées; elles se confinent avec une prédilection et un aspect particuliers sur la face, donnant lieu à un masque caractéristique (Cf. fig.). Ce masque constitue un des aspects les plus originaux de l'hérédo-syphilis et nous insistons tout particulièrement sur sa description. Nous relatons les éruptions diverses qu'on peut observer sur le tronc et les membres, dans la région ano-génitale; nous mentionnons enfin deux observations où des manifestations de pemphigus syphilitique ne sont respectivement apparues qu'à trois et à six semaines.

Au cours de la première année d'âge, les lésions osseuses de la syphilis héréditaire sont également assez fréquentes : ce sont tantôt des altérations spécifiques proprement dites, consistant en périostites et en gommes de localisation variée, avec leurs conséquences (exostoses, saillies anormales des bosses crâniennes, fractures sponta-



Syphilis héréditaire précoce.
Fig. 1. — Masque syphilitique.



Syphilis héréditaire précoce.

Fig. 2. — Eruption généralisée polymorphe (papuleuse et pemphigoïde)



Syphilis héréditaire précoce.

Fig. 3. — Eruption généralisée polymorphe (papuleuse et pemphigoïde)

nées, etc.), tantôt des altérations dystrophiques, d'ordre parasypbilitique, telles que le rachitisme, un retard anormal de la dentition, l'implantation vicieuse des dents de lait.

Nous avons étudié dans un chapitre spécial la syphilis au cours de la deuxième année : elle mérite d'être distinguée de celle de la première année, parce que les manifestations de la maladie s'y montrent plus diverses, plus discrètes, mais aussi moins caractéristiques de prime abord. Les lésions des centres nerveux y tiennent une place importante ; les lésions de la peau se sont retranchées sur certains territoires cutanés ou cutanéo-muqueux, en particulier au niveau de la région anale.

Enfin, au cours des années suivantes, nous avons observé des cas très divers de syphilis héréditaire : plusieurs de ces cas sont très intéressants (méningite subaiguë ; épilepsie ; trois observations de paralysie générale progressive infantile), mais ce n'est pas le lieu d'y insister ici.

Syphilis héréditaire. — Anatomie pathologique.

Nous avons été frappé de la quasi-constance des lésions histologiques de certains organes, du foie en particulier, alors même que l'examen macroscopique ne révélait pas d'altération notable chez des poupons hérédo-syphilitiques. Nous décrivons les altérations histologiques que nous avons pu constater au niveau du foie (hépatite interstitielle scléro-gommeuse), au niveau de la rate, au

niveau du rein (sclérose, altérations gommeuses; cf. fig.), au niveau des méninges (gommes miliaires périartérielles), du cerveau et des os. Nous terminons ce chapitre anatomo-pathologique par l'analyse des constatations qu'on a pu faire à l'autopsie des jeunes hérédosyphilitiques qui ont succombé au delà de la première année.

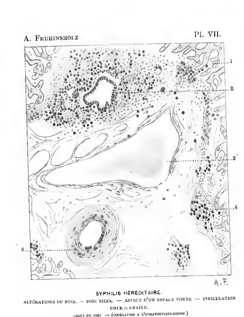
Syphilis héréditaire. — Statistiques.

La mortalité par hérédo-syphilis, au cours de la première année, est très considérable (68,5 p. 100). Sur 54 enfants syphilitiques, 37 sont morts, dont 34 pendant la première année même; sur ces 34 enfants, 29 ont succombé dès les six premiers mois. Nous insistons sur le parallélisme qui existe nettement entre la fréquence et la gravité de l'hérédo-syphilis et nous établissons que l'affection comporte une nocivité réelle plus grande au cours des premiers mois de la vie. Les lésions cutanées sont particulièrement redoutables quand elles sont généralisées.

Enfin, nous terminons en donnant quelques chiffres concernant la polymortalité infantile, considérable dans les familles entachées de syphilis.

Syphilis acquise.

Nous en relatons douze cas, dont un cas de syphilis vaccinale.



SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

ALTÉRATIONS DU FOIE. — FOIE SILEX. — ASPECT D'UN ESPACE PORTE. — INFILTRATION EMBRYONNAIRE.

LOUPE DU FOIE. — (COLORATION A L'HÉMATOXYLINE-ÉOSINE)

1. Tissu hépatique dont les trabecules sont écartées, dissociées. — 2. Canalicule biliaire entouré d'une infiltration embryonnaire abondante. — 3. Rameau de la veine porte. — 4. Infiltration embryonnaire, s'insinuant dans les parties périphériques du lobule hépatique voisin. — 5. Vaisseau à paroi épaissie

II. — Article « Syphilis infantile ».

(In *Traité d'Hygiène et de Pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge*. Publié sous la direction du docteur H. de Rothschild. Paris. Doin. 1904. T. I.)

III. — La fièvre typhoïde à la clinique des enfants pendant l'épidémie de Nancy de l'été 1896.

(In *Revue médicale de l'Est*. Janvier 1897. En collaboration avec les docteurs Hadot et Ancel. 13 pages.)

C'est une étude étiologique, statistique et surtout clinique de 57 cas de fièvre typhoïde observés dans un espace de deux mois à la clinique du professeur agrégé P. Haushalter. Nous insistons en particulier sur la fréquence des sudamina et d'une desquamation consécutive au cours de la convalescence, sur le ralentissement notable du pouls durant cette période et sur l'hypothermie, qui sont presque de règle. Enfin, nous avons étudié plus spécialement les variations de poids des enfants, au cours et dans la convalescence de la fièvre continue : le poids diminue à peu près régulièrement dès la période d'état, au cours de la défervescence et au début de la convalescence ; il se reprend à augmenter en moyenne vers le septième jour d'apyrexie et dès lors dans des proportions souvent considérables. Nous avons largement usé, au cours de cette épidémie, de la méthode de séro-diagnostic qui venait de nous être révélée par F. Widal (1896).

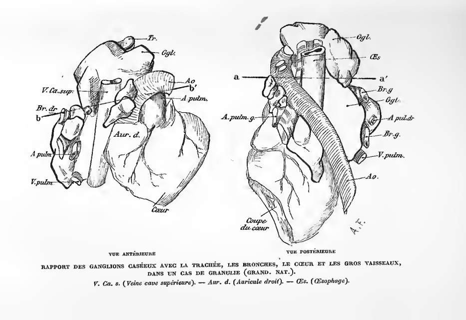
IV. — Fréquence et valeur de l'adénopathie tuberculeuse trachéo-bronchique, dans la tuberculose miliaire des enfants et dans la méningite tuberculeuse. (En collaboration avec M. le professeur agrégé P. Haushalter.)

(Communication au *Congrès anglais de la Tuberculose*. Londres. 1901.)

(Communication avec présentation de *planches en couleur* à la *Société de Pédiatrie de Paris*. Décembre 1901.)

(*Archives de médecine des enfants*. Mars 1902. Avec 12 fig. en noir. 12 pages.)

Nous rapportons dans ce travail le résultat de 78 autopsies de tuberculose miliaire chez des enfants, dans lesquelles 74 fois (soit 95 fois p. 100) la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques a été rencontrée et nous pensons que cette caséification ganglionnaire, dérivant d'une contagion nettement aérienne, doit elle-même être à l'origine de la presque unanimité des cas d'infection bacillaire granulique généralisée ou méningée. Nous n'avons trouvé macroscopiquement et microscopiquement que des rapports de contiguïté, jamais de continuité, entre les ganglions du médiastin et les gros vaisseaux de la base du cœur immédiatement attenants, et nous pensons que l'infection se fait primitivement par la voie des courants lymphatiques normaux, secondairement seulement dans le torrent circulatoire.

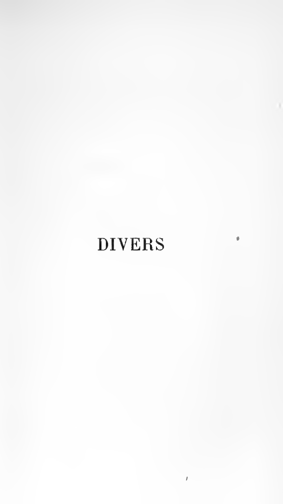


VUE ANTÉRIEURE

VUE POSTÉRIEURE

RAPPORT DES GANGLIONS CASÉEUX AVEC LA TRACHÉE, LES BRONCHES, LE CŒUR ET LES GROS VAISSEAUX, DANS UN CAS DE GRANULIE (GRAND. NAT.).

V. Ca. s. (*Veine cave supérieure*). — *Aur. d.* (*Auricule droit*). — *Œs.* (*Œsophage*).



DIVERS

DIVERS

I. — Voyage aux Maternités allemandes et austro-hongroises.

(*Revue médicale de l'Est.* Janvier 1903. 22 pages.)

Ayant eu l'occasion de visiter la plupart des Maternités universitaires allemandes (Strasbourg, Heidelberg, Gœttingue, Marbourg, Berlin, Halle, Dresde, Leipzig) et quelques cliniques obstétricales austro-hongroises (Prague, Vienne, Budapest), nous en avons profité pour étudier avec quelque détail certaines particularités de leur organisation. Nous décrivons leur installation matérielle, qui dérive presque partout d'un type unique, et nous donnons comme modèle une description détaillée de la récente clinique obstétrico-gynécologique de Gœttingue : nous insistons sur la large place qui est habituellement réservée, dans toutes ces institutions, au personnel médical, qui en est en quelque sorte inséparable, et nous montrons comme tout y est organisé dans le but essentiel d'instruire, et d'instruire pratiquement (recrutement des malades, facilités données aux étudiants et aux jeunes médecins pour prendre pied dans les services, s'y installer à demeure, profiter des ressources cliniques,' anatomiques, bactériologiques, théori-

ques qui s'y trouvent « *centralisées* » ; assistance médicale). Nous décrivons l'institution si particulière et si fructueuse de la « policlinique » ou « pratique urbaine » et qui consiste en ce que les assistants d'une clinique vont en ville faire les accouchements plus ou moins dystociques, parmi la classe indigente ; un ou deux étudiants les accompagnent régulièrement au cours de ces expéditions obstétricales.

Nous terminons en donnant un aperçu rapide des différentes étapes de l'éducation de l'étudiant allemand, en fait d'accouchement, et des sanctions qui s'y rattachent, et en donnant des détails sur l'instruction et les droits des sages-femmes.

II. — Notes à propos d'une visite au London-Hospital.

(*Revue médicale de l'Est*, 1er avril 1902. En collaboration avec M. le professeur agrégé P. Haushalter.)

Nous décrivons à ce propos quelques points spéciaux qui nous ont frappés au cours de la visite de cet immense hôpital général : ce sont quelques notes, en particulier sur son organisation matérielle et sur son fonctionnement d'une part (consultations, salles d'opérations, service des contagieux, enseignement, etc.) ; d'autre part, sur cette institution tout originale des *nurses* ou infirmières anglaises (mode de recrutement, fonctions, instruction, hiérarchie, logement).

III. — **Un cas de hernie diaphragmatique** (avec une figure en noir).

(*Revue médicale de l'Est.* 1900. En collaboration avec le docteur Ch. Garnier.)

Les hernies diaphragmatiques sont une trouvaille d'autopsie, le plus souvent.

L'exemple que nous en rapportons concerne un malade mort avec des phénomènes d'occlusion intestinale et chez lequel rien ne pouvait faire prévoir une hernie du côlon transverse dans la plèvre gauche, à travers une minime ouverture du diaphragme. Cette hernie, de la variété en boutonnière de Duguet, présentait des phénomènes d'étranglement au début. Le diagnostic n'avait pu être fait.

Nous en concluons que, pour arriver à reconnaître cette rareté clinique, des examens soigneux et répétés sont nécessaires, pour permettre de saisir les modifications journalières des symptômes, sur l'importance desquelles s'accordent tous les observateurs.

VI. — **Collaboration iconographique à l' « Atlas d'Esquisses ostéologiques ».**

(Publié sous la direction du professeur Nicolas et du docteur Ch. Thiry. Paris. Reinwald. 1895.)

TABLE DES MATIÈRES

Nancy, impr. Berger-Levrault et Cie.